



INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

N.º del seguro social: _____ - _____ - _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Otro

Raza: ☐ Blanco/Caucásico ☐ Afroamericano ☐ Otra _____

Idioma hablado: ☐ Inglés ☐ Hmong ☐ Español ☐ Ruso ☐ Otro: _____

Origen étnico: ☐ Hispano ☐ No hispano N.º del seguro social: _____ - _____ - _____

☐ Jubilado ☐ Empleado/Empleador: _____

Ocupación: _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

¿Cómo le gustaría que lo contacten?: ☐ Teléfono de la casa ☐ Teléfono celular ☐ Otro: _____

Oftalmólogo/Optometrista

que hace la remisión: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria/

cabecera: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico de atención primaria: _____

Tipo de diabetes: ☐ No diabético ☐ No insulín dependiente ☐ Insulín dependiente

INFORMACIÓN SOBRE LA COMPENSACIÓN A TRABAJADORES ¿Cubrirá esto el seguro de comp.

a trabajadores? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es "Sí": Fecha del accidente: _____

Nombre de la compañía: _____ N.º de teléfono: (____) _____

Dirección de la compañía: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

N.º de reclamo de la comp. a trabajadores: _____ Tratamiento autorizado por: _____

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: Indique al familiar o amigo más cercano que **no** viva en la misma casa que usted:

Nombre: _____ N.º de teléfono: (____) _____

Relación con el paciente: _____

PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente):

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO:

Compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____

Nombre del suscriptor: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento del suscriptor: ____/____/____ N.º del seguro social del suscriptor: _____

¿Cuál es su relación con el titular de la póliza?:

☐ Soy el titular ☐ Cónyuge ☐ Pareja ☐ Madre ☐ Padre ☐ Hijo ☐ _____

Estado de empleo: ☐ Jubilado ☐ Empleado (si tiene empleo, rellene abajo)

Nombre del empleador del suscriptor: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono del trabajo: _____

¿Requiere una remisión esta póliza? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO:

Compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____

Nombre del suscriptor: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento del suscriptor: ____/____/____ N.º del seguro social del suscriptor: _____

¿Cuál es su relación con el titular de la póliza?:

☐ Soy el titular ☐ Cónyuge ☐ Pareja ☐ Madre ☐ Padre ☐ Hijo ☐ _____

Estado de empleo: ☐ Jubilado ☐ Empleado (si tiene empleo, rellene abajo)

Nombre del empleador del suscriptor: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono del trabajo: _____

¿Requiere una remisión esta póliza? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

PARA NUESTROS PACIENTES:

Retina & Vitreous Consultants of Wisconsin, Ltd. acepta la designación como proveedor participante en el Programa de Medicare. Enviaremos los reclamos a su seguro primario y secundario por usted si nos da esa información. No dude en hablar con alguien de la oficina si tiene más preguntas sobre las prácticas de facturación.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE:

- 1. **REVELACIÓN DE INFORMACIÓN:** Por el presente, doy mi consentimiento para que Retina & Vitreous Consultants of Wisconsin, Ltd. revele cualquier información sobre mi atención y tratamiento, según lo solicite cualquier aseguradora, en relación con el pago de la aseguradora de cualquier parte de la factura.
- 2. **REVELACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO:** Por el presente, doy mi consentimiento para que Retina & Vitreous Consultants of Wisconsin, Ltd. comparta duplicados o copias de fax del expediente médico sobre mi atención y tratamiento conmigo o con los médicos autorizados, las clínicas o las personas que yo quiera que reciban esos registros. Entiendo que puedo cancelar esto en cualquier momento por escrito. Entiendo que tengo derecho a revisar el **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** de Retina & Vitreous Consultants of Wisconsin, Ltd., donde se indica cómo puede usarse y revelarse mi información médica, y confirmo que recibí una copia del aviso de Retina & Vitreous Consultants of Wisconsin, Ltd. con este paquete, a menos que haya recibido una copia antes.
- 3. **RESPONSABILIDAD DEL PAGO/ACUERDO DEL PACIENTE:** Entiendo que los médicos que trabajan en nombre de Retina & Vitreous Consultants of Wisconsin, Ltd. no están sujetos de ningún modo a programas de honorarios ni a otras directrices publicados por una compañía de seguros, una agencia del gobierno, etc. Acepto pagar cualquier parte de los honorarios que me cobren y que mi compañía de seguros no cubra si no tuviera cobertura total o si no tuviera la cobertura necesaria.
- 4. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Por el presente, autorizo que se pague directamente a Retina & Vitreous Consultants of Wisconsin, Ltd. por los beneficios que de otro modo me pagaría a mí cualquier tercero.
- 5. **MENSAJES DE TEXTO Y CORREOS ELECTRONICÓS:** Entiendo que R&V puede enviar mensajes de texto o correos electrónicos como modo de comunicación para recordatorios de citas, comentarios o actualizaciones de pacientes.
Si elige no recibir mensajes de texto ni correos electrónicos, indíquelo aquí marcando la casilla.
No deseo recibir mensajes de texto ni correos electrónicos.

Firma del paciente, tutor o apoderado

Fecha

Recepción: Registrar lo siguiente:

Nombre del paciente: _____Número de expediente médico: _____

RETINA & VITREOUS CONSULTANTS OF WI, LTD.
**Otras autorizaciones para revelar información médica y
el expediente médico a personas designadas.**

Además de los consentimientos de arriba para revelar información, autorizo a Retina & Vitreous Consultants of Wisconsin, Ltd. a revelar registros e información sobre mi salud a las personas designadas abajo. Entiendo que puedo cancelar estas otras autorizaciones en cualquier momento por escrito.

Revelar a: (Nombre) _____

Relación (opcional) _____

Número de teléfono con código de área (opcional) _____

Tipo de información que se revelará: (Marque todas las que correspondan)

____ Historia médica ____ Informes de laboratorio ____ Informes de cirugía ____ Resultados de pruebas
____ Notas del médico ____ Información de facturación/estado de cuenta ____ Todo lo anterior

Esta autorización vence el ____/____/____ (MM/DD/AA). Si no indico una fecha, vencerá un año después de la fecha de mi firma abajo.

Revelar a: (Nombre) _____

Relación (opcional) _____

Número de teléfono con código de área (opcional) _____

Tipo de información que se revelará: (Marque todas las que correspondan)

____ Historia médica ____ Informes de laboratorio ____ Informes de cirugía ____ Resultados de pruebas
____ Notas del médico ____ Información de facturación/estado de cuenta ____ Todo lo anterior

Esta autorización vence el ____/____/____ (MM/DD/AA). Si no indico una fecha, vencerá un año después de la fecha de mi firma abajo.

Firma del paciente, tutor legal o apoderado

Fecha

Puede solicitar otras autorizaciones para revelar información médica y formularios del expediente médico en recepción.

Testigo: _____